

schüttung des Leberglykogens und außerdem traten Veränderungen an den Nierentubuli auf, die morphologisch zu der sog. „osmotischen Nephrose“ gehören. G. GROSSER (Padua)

F. Heully, G. de Ren, G. Petiet et P. Anciaux: Problèmes posés par une intoxication aiguë mortelle à l'anhydride carbonique survenue dans une mine de fer. (Probleme einer akuten tödlichen Vergiftung durch Kohlendioxid in einer Eisengrube.) [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 9. I. 1967.] Ann. Méd. lég. 47, 62—67 (1967).

In einem Stollen des Lothringischen Erzreviers wurde ein 36 Jahre alter Arbeiter tot am Ende eines eingestürzten und leicht absinkenden Seitenstollens aufgefunden. Dieses 14 m lange Stück senkte sich gegenüber der Hauptgalerie bis zur Auffindungsstelle um 1,15 m. Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Verletzungen bestanden nicht. Die Untersuchung des durch Punktion entnommenen Herzblutes ergab: COHb unter 10%, Blut pH 6,55, Alkalireserve 36 Vol.-%, Sauerstoffsättigung 22%. Die 3 Tage nach dem Tode durchgeführte Leichenöffnung zeigte als einzige Besonderheit ein starkes Lungenödem. Bei der Untersuchung des Unfallortes fand sich im Hauptstollen eine normale Luftzusammensetzung. Im Seitengang jedoch, in dem der Tote gefunden worden war, zeigten sich 30 cm über dem Boden CO₂-Konzentrationen bis zu 9,8%, während die Sauerstoffkonzentration in gleicher Höhe nur 5% betrug. Sehr wahrscheinlich hatte sich durch einsickerndes Regenwasser Calciumcarbonat aus dem Gestein gelöst und war in den luftgefüllten Seitengang ausgetreten, wo CO₂ frei wurde. Diese sammelt sich, trotz völlig intakter Lüftung des Hauptstollens, im tiefer liegenden Seitengang an und führte zur Vergiftung. Der Tod trat durch Hypoxie mit schweren Störungen des Säure-Basengleichgewichtes ein. Dabei kommt es zunächst zu einer respiratorischen Acidose mit Anstieg der Alkalireserve und Abfall des Blut-pH. In der Endphase tritt eine metabolische Acidose hinzu. PATSCHEIDER (Innsbruck)

Gerichtliche Geburtshilfe einschließlich Abtreibung

● **Paul Müller: Peripartale Müttersterblichkeit. Fruchtwasserembolie. Placentastörungen, Eklampsie. Fruchtwasserallergie.** Jena: Gustav Fischer 1967. 132 S., 54 Abb., 11 Tab. u. 2 Taf. DM 33,—.

Der plötzliche Tod während Schwangerschaft oder Entbindung ist nach wie vor ein Ereignis, das ebenso wie andere Fälle plötzlichen Todes klinisch nicht immer eindeutig geklärt werden kann. Der Tod folgt den relativ schweren Krankheitssymptomen so schnell, daß eine gesicherte Diagnose häufig nicht möglich ist. Verf. hat 50 in den Jahren 1962—1966 im Pathologischen Institut der Universität Jena zur Sektion gelangte plötzlich verstorbene Frauen untersucht. Er fand 34 gestationsbedingte allein auf Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zurückzuführende und 16 nicht gestationsbedingte Todesfälle, bei denen Schwangerschafts- und geburtsunabhängige Faktoren den Tod herbeigeführt hatten. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 30 Jahre. Als gestationsbedingte Todesursachen fand der Verf. vor allem die Fruchtwasserembolie, die ausführlich besprochen wird, Embolien thromboplastischer Substanzen aus der Placenta, Embolien aus Schleimhautsubstanzen sowie Fruchtwasserallergien und verschiedene Formen der Eklampsie. Als nicht gestationsbedingte Todesursachen wurden Thrombenembolie, Fettembolien, Infektionen, dekompensierter Herzfehler gefunden. Letztere lassen sich als Todesursache nicht vermeiden, während dies für die gestationsbedingten peripartalen Todesursachen nicht gilt. Verf. hofft, daß die Klärung der einzelnen Krankheitsverläufe und Krankheitsbilder sowie deren Ursachen eine Senkung der peripartalen Müttersterblichkeit herbeiführen könnte. Die Untersuchungen und Ergebnisse des Verf. eröffnen ein neues Feld der Forschung für Pathologie und Klinik. Sie geben Hinweise für eine rechtzeitig durchführbare sinnvolle Therapie, so daß diese Monographie nicht nur für den Pathologen und Gerichtsmediziner, sondern auch für den Gynäkologen und Geburtshelfer von ganz besonderem Interesse ist. TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

C. P. Harrison: On the futility of legalizing abortion. (Über die Nutzlosigkeit der Legalisierung artefizieller Fehlgeburten.) Canad. med. Ass. J. 95, 360—366 (1966).

Die Arbeit befaßt sich — ohne Mitteilung eigener statistischer Daten — mit den in aller Welt hierüber gewonnenen Erfahrungen. Die bekannten Empfehlungen einer Legalisierung stützen sich auf das Recht des Arztes, zu tun, „was er als das Beste für seine Patientin erachtet“, auf die Notwendigkeit, kriminelle Aborte zu verhindern oder wenigstens zu reduzieren, und schließlich auf das Grundrecht des beliebigen Pat., selbst zu entscheiden, was er im Rahmen seiner individuellen Lebensumstände für erforderlich hält. Schon diese Formulierung wirft

ebensoviele medizinische wie juristische, besonders aber philosophische Fragen auf, deren Würdigung sich der Verf. mit Akribie gewidmet hat. Die umfangreichen Betrachtungen zu den möglichen und in verschiedenen Ländern bereits praktizierten Nebenerscheinungen der Legalisierung auf den moralischen Gesamtstatus einer Population lesen sich mit Genuß und werden dem Interessenten wärmstens empfohlen. Daß das gewaltige Problem der illegalen Interruptio (auch in Canada mindestens 100000 Fälle jährlich!) durch Legalisierung nicht zu lösen ist, scheint nach den vorliegenden Erfahrungen erwiesen. Skandinavische Berichte sprechen von rund 75% Zunahme krimineller Eingriffe, in Ungarn ist die Bevölkerungsbewegung bei einer Geburtsziffer von 12,9 auf 1000 regressiv. In Anbetracht auch der medizinischen und juristischen Schwierigkeiten, die sich für den Arzt selbst nach Legalisierung ergeben, scheint die Lösung des Problems nicht darin zu liegen, einen Abort legal oder semi-legal zu machen, sondern ihn überhaupt unnötig werden zu lassen. Es sollte am Ursprung, also der Konzeption, angegangen werden, durch größere Verbreitung von Kenntnissen über Empfängnisverhütungsmaßnahmen wie durch „höhere sexuelle Verantwortlichkeit und Kultivierung eines gewissen sexuellen Idealismus“. Gerade durch den Verlust sexueller Verantwortlichkeit wäre der Angriff auf das Abortproblem durch Legalisierung von vornherein zum Scheitern verurteilt: Legale und illegale Unterbrechungen würden zunehmen, die Indikationen würden immer liberaler gehandhabt werden, die Gesamtmortalität und Morbidität nach Aborten würde ansteigen, die ethische Einstellung zum menschlichen Leben überhaupt würde entgleisen und auch der Arzt selbst würde in zunehmendem Maße sich unfähig sehen, verantwortliche Entscheidungen zu treffen, ein wahrlich zu hoher Preis für den theoretischen Gewinn, einige jetzt illegale Aborte als legal einstufen zu können. C.-J. RUCK (Rheinhausen)⁹⁰

R. B. White: Les avortements provoqués: leurs implications, complications et indications psychiatriques. Bull. Méd. lég. 10, 228—230 (1967).

Norbert Myszor and Janusz Kubicki: Spontaneos abortion in a material from the Opole District gynaecological and obstrettrial hospital. (Spontane Aborte im Material des Distriktkrankenhauses für Gynäkologie und Geburtshilfe in Oppeln.) [Distriktskrankenhaus f. Gynäkologie u. Geburtshilfe in Oppeln.] Przegł. lek., Ser. 2, 23, 501—503 mit engl. Zus.fass. (1967) [Polnisch].

Im Zusammenhang mit der Einführung des Gesetzes über Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung in Polen im Jahre 1956 wächst ständig die Zahl der künstlichen Aborte (von 1956 bis zu 1965 um 33%), die absolute Menge der Spontanaborte ist aber dabei immer hoch, obwohl ihr Verhältnis zur allgemeinen Zahl aller Schwangeren von 28,5% im Jahre 1956 zu 10,9% im Jahre 1965 zurückgegangen ist. Spontane Aborte treten meistens bei Frauen im Alter vom 21. bis zum 30. Lebensjahr zwischen der 7. und 10. Woche auf, ihre Ursache ist aber immer unklar. In 10% der Fälle ist eine Laparotomie überstanden, in 24% wurden verschiedene bestehende oder überstandene Krankheiten der Geschlechtsorgane beobachtet. Die Zahl der kriminellen Aborte und damit verknüpften Komplikationen ist in diesem Zeitraum deutlich abgestiegen. Aus dem Landesmilieu stammte 60% der Fälle, was im Zusammenhang mit der Zahl der spontanen Aborte in Sommermonaten (34,5%) auf den Einfluß der schweren Feldarbeiten in dieser Gegend hinweisen kann. WALCZYNSKI (Szczecin)

J. Motin, P. Bouletreau, F. Arcadio et L. Roche: Embolie gazeuse après avortement (d'après deux observations cliniques). (Luftembolie nach Abort [nach 2 klinischen Beobachtungen].) [Soc. Méd. Leg. et Criminol. de France, 9. I. 1967.] Ann. Méd. lég. 47, 57—59 (1967).

Eine 33jährige Frau, Mutter von 2 Kindern, unternimmt im 3. Schwangerschaftsmonat einen Abtreibungsversuch, indem sie mit einem Nélaton-Katheter und einem Gummiball Luft in den Uterus einbläst. Kurz danach verliert sie das Bewußtsein und bekommt epileptiforme Krämpfe. In der Klinik wird eine Halbseitenlähmung festgestellt. In den folgenden Tagen bessern sich die neurologischen Auffällerscheinungen soweit, daß die Patientin 20 Tage nach dem Abtreibungsversuch mit geringen Resterscheinungen und noch bestehender Schwangerschaft nach Hause entlassen werden kann. Sechs Monate später wird die Frau von einem gesunden, normal entwickelten 5 kg schweren Kind entbunden. — Die zweite Beobachtung betrifft eine 36jährige Frau, Mutter von 5 Kindern, die ebenfalls kurze Zeit nach einem Abtreibungsversuch mit Bewußtlosigkeit und epileptiformen Krämpfen erkrankt. Nach Halbseitenparese und einseitigen Sehstörungen kommt es auch hier zu einer klinisch vollständigen Rückbildung der Auffällerscheinungen.

nungen. — Anhand von fünf Mitteilungen aus dem französischen und englischen Schrifttum wird ein Teil der bekannten Vorstellungen über die Pathogenese der cerebralen Luftembolie kurz erörtert.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Maria Pedich: The development of very small premature infants in 1957—1966. (Die Entwicklung von kleinsten Frühgeborenen in den Jahren 1957—1966.) [Abt. f. Neu- u. Frühgeborenen des Distriktskrankenhauses für Gynäkologie u. Geburtshilfe in Oppeln.] *Przegl. lek.*, Ser. 2, 23, 486—488 mit engl. Zus.fass. (1967) [Polnisch].

Die polnischen Vorschriften bestimmen, daß unter dem Begriff des lebensfähigen Kindes eine Frühgeburt zu verstehen ist, die mehr als 600 g wiegt und nach der Geburt 24 Std überlebt hat. Die Zahl von Frühgeburten erreichte 12—16%. In den letzten 10 Jahren wurden 199 Frühgeburten unter 1250 g beobachtet, von welchen 70 % in den ersten 10 Lebenstagen gestorben sind, 30 % dagegen überlebt haben. Diese Kinder sind in 2 Gruppen geteilt worden (1. Gruppe: 20 Kinder unter 1000 g, 2. Gruppe: 52 Kinder von 1001—1250 g). Fünf Kinder sind gestorben, 67 gesund aus dem Krankenhaus entlassen, ein Kind hatte ein Geburtsgewicht von nur 600 g. Die Mütter waren 17—47, durchschnittlich 27 Jahre alt. Schwangerschaftsdauer durchschnittlich 28 Wochen, in einer zweiten Gruppe von 26—33 Jahren, durchschnittlich 30 Wochen. Die Ursachen von Frühgeburten waren schwer festzustellen. 1. Gruppe: 12 Mädchen und 8 Knaben, Körperlänge 30 bis 38 cm, durchschnittlich 34 cm, minimales Gewicht 600—950 g 2. Gruppe: 24 Mädchen und 28 Knaben (Körperlänge nicht angegeben — Anm. des Ref.), minimales Gewicht 900—1200 g. Atmungs- und Kreislaufstörungen dauerten in beiden Gruppen 2—28 Tage, Gelbsucht 4—27, durchschnittlich 12 Tage. Erst 2 kg schwere Kinder wurden aus dem Krankenhaus entlassen (1. Gruppe nach 51—116, durchschnittlich 76 Tagen, 2. Gruppe nach 42—76, durchschnittlich 58 Tagen). Im Krankenhaus haben die Kinder verschiedene Krankheiten überstanden (Umbilicaleiterung, Bronchitis, Lungenentzündung, Durchfall, Rhinitis, Otitis, Meningitis). Behandlung: Wärme, Bluttransfusionen 4—5mal, Sauerstoff bis zu 40 %, präparierte Frauenmilch, evtl. Nährlösungssonde.

WALCZYNSKI (Szczecin)

Streitige geschlechtliche Verhältnisse

● **Eberhard Schorsch: Die Sexualität in den endogen-phasischen Psychosen.** (Beitr. z. Sexualforsch. Hrsg. von H. BÜRGER-PRINZ u. H. GIESE. H. 39.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1967. IV, 73 S. DM 20,—.

An 76 überwiegend männlichen Patienten vom 20.—50. Lebensjahr wurden Änderungen sexuellen Erlebens und Verhaltens nach den Angaben der Kranken untersucht. Es wurden Krankheitsverläufe ausgewählt, die ohne Dauerveränderungen abklangen, auch wenn die Zugehörigkeit zur Gruppe cyclischer Psychosen aufgrund der Querschnittssymptomatik zweifelhaft war. Bei 37 Patienten ergaben sich Verminderungen, bei 32 mehr oder minder deutliche Steigerungen der Sexualität, nur selten war die Sexualität durch die Psychose nicht merkbar beeinflusst. Herabgesetzte Sexualität konnte bei einer in sich einheitlicheren Gruppe von Patienten gefunden werden, die an symptomarmen Depressionen mit Antriebsminderung litten und an agitierten Psychosen, in denen die Inhalte thematisch besonders gebunden waren und Unruhe den Charakter vitaler Besorgnis trug; bemerkenswert häufig wurden hypo- oder a-sexuelle Manien beobachtet. In Psychosen mit gesteigerter Sexualität zeigten sich auf dem Hintergrund krankhafter Getriebenheit als spezifische Merkmale: Libidosteigerung mit Frequenzzunahme der Sexualbetätigung, Störung des Partnerbezuges, in vielen Fällen Abnahme der Zufriedenheit. Es konnten süchtige Formen hypersexuellen Erlebens nach Art einer symptomatischen Perversion festgestellt werden, die die hohe krankheitswertige Abnormität der echten Perversionen beleuchten. Bei cyclischen Psychosen waren vorzugsweise abnorme Verhaltensweisen zu finden, die eine Einengung des Kontaktradius, eine Verarmung der Erlebnismöglichkeiten zum Ausdruck brachten, nicht dagegen ausschließlich bei Prozeßpsychosen beobachtete, auf schwere Störungen im Verhältnis zum eigenen Körper hinweisende Anomalien (fetischistische, narzißtische, transvestitische, transsexualistische Neigungen). Berichte über homosexuelle Erlebnisweisen waren bei atypischen Psychosen anzutreffen. In einem Fall schien sich das abnorme sexuelle Verhalten von seiner Abhängigkeit zur Psychose zu lösen, um selbstständig weiterzulaufen. Das Sexualverhalten erwies sich auch durch Änderungen während der Psychose als Spiegel und Gradmesser für Verschiebungen der Dynamik zwischen diffuser, dranghafter Unruhe einerseits und Aktivitätsbereitschaft andererseits; gehemmte blockierte Aktivität wurde auf den sexuellen Bereich verlagert. Bei anderen Kranken